In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Dr Bendaoud .H

CHU Parnet 2009

Hémorragies de la délivrance

I/ INTRODUCTION

- -L'hémorragie de la délivrance reste encore une complication majeure de l'accouchement, du fait :

  -De son incidence sur la mortalité maternelle : 1ère CAUSE DE MORTALITE MATERNELLE
  - Sur la morbidité vu les conséquences des collapsus (IRC, syndrome de Sheehan)
  - Par les complications de la thérapeutique (transfusions sanguines en urgence, immunisations, contaminations virales)

II/ DEFINITION

- Désigne les hémorragies de volume >500cc, survenant dans les 24h, prenant origine au niveau de l'insertion placentaire.Elles sont modérées si volume compris entre 500-1000 cc et sévères si volume > 1000 cc
- En réalité → déperdition sanguine qui caractérise la gravité

- Saignement brutal et massif --→ état de choc
- Hémorragie persistante devenant incoercible et donc entrainant des troubles de la coagulation +++

III/ CLINIQUE

Signes fonctionnels

II s'agit d'une hémorragie externe très brutale et très abondante survenant immédiatement après l'accouchement.
Cette hémorragie est parfaitement indolore, faite de sang rouge avec de nombreux caillots. Elle représente le signe d'alarme. Son volume doit être apprécié de façon exacte (+++).

Signes généraux

Ils reflètent la tolérance maternelle à la spoliation sanguine et dépendent de l'état hémodynamique préalable ainsi que de l'importance de l'hémorragie depuis l'intolérance maternelle simple jusqu'au choc hémorragique.

.

IV/ ETIOLOGIES

Avant la délivrance (10 %)

II y a un défaut de clivage entre le placenta et le muscle utérin. Le décollement est incomplet.
• Adhérence anormale
II existe une altération de la muqueuse utérine soit secondaire à des curetages antérieurs, soit parce qu'il existe des cicatrices (myomectomie, césarienne).Il s'agit d'un placenta dit accreta ou percreta.

• Anomalie topographique
Le placenta est inséré de façon anormale soit sur le segment inférieur, soit sur la cloison d'un utérus malformé avec un clivage difficile de la caduque.
• Incarcération
Le placenta est enchatonné au niveau d'une corne utérine ou incarcéré au dessus d'un anneau de rétraction situé au niveau du segment inférieur.

■ Après la délivrance (90 %) : Inertie(Atonie) utérine

C'est l'étiologie la plus fréquente. Il y a un défaut de rétraction de l'utérus qui vient perturber le mécanisme physiologique de l'hémostase.
-une rétention placentaire (cotylédon)
- Antécédents d'hémorragie de la délivrance,
- Multiparité,
- Surdistension utérine (gros fœtus, hydramnios, grossesses multiples),
- Hématome rétroplacentaire et placenta praevia.
-Travail trop long ou trop rapide
- Une dystocie dynamique et/ou mécanique,
- Une infection ovulaire
-Médicamenteuse (ocytocine,cytotec*,prostaglandine)

■ Troubles de la coagulation

C'est une cause absolument rarissime et il s'agit en fait d'un diagnostic d'exclusion.
Ces troubles de la coagulation surviennent soit au cours de pathologie de la coagulation connue avant la grossesse, soit au cours d'un hématome rétroplacentaire.

V/ Diagnostic différentiel

-La révision utérine et l'examen sous valves permet de poser le diagnostic :

- ■ Déchirures du col, du vagin
- ■ Rupture utérine

VI/ Complications

■ Chocs hypovolémiques

■ Syndrome de défibrination :

II s'agit d'une coagulation intra vasculaire disséminée secondaire à la perte des facteurs de coagulation lors de l'hémorragie et principalement le fibrinogène. La CIVD peut être favorisée par l'état de choc et survient d'autant plus aisément qu'il existe un retard au remplissage vasculaire.

■ Atteinte rénale :

Elle est d'abord fonctionnelle et marquée par une oligo-anurie en rapport avec la chute de la filtration glomérulaire. L'atteinte rénale secondaire peut devenir organique par nécrose corticale, surtout si l'état de choc se prolonge ou s'il existe des troubles de l'hémostase.

- **La mort maternelle**

VII/ Conduite à tenir

Objectifs

- Faire rapidement le diagnostic
- S'assurer d'une prise en charge multidisciplinaire
- Connaître les différents gestes thérapeutiques à pratiquer en urgence

Réanimation

Elle est absolument fondamentale. Elle s'organise autour de trois types de mesures :
Prise en charge et surveillance de la parturiente :
- Monitorage cardiorespiratoire et de la pression artérielle,
- Deux voies veineuses de gros calibre,
- Fiche de surveillance rapprochée,
- Quantification très stricte de l'hémorragie,
- Réalisation d'un bilan biologique comprenant groupe sanguin ,hémogramme, Agglutinines Irrégulières et coagulation complète
- Mise en place d'une antibiothérapie à large spectre.
- Restauration et maintien de la volémie en utilisant des solutés de remplissage, culots globulaires groupe iso-phénotypé
- Dérivés sanguins isogroupes(plasma frais congelé).

-Traitement spécifique d'éventuels troubles de la coagulation :
-Le contrôle d'efficacité est permanent, clinique (diurèse +++), paraclinique (vérification de l'hémogramme, de la saturation en Oxygène et bilan complet de coagulation

Méthodes Obstétricales

Les manœuvres obstétricales doivent être réalisées sous anesthésie péridurale ou générale.

- Délivrance artificielle

Cette technique consiste à aller chercher le placenta à l'intérieur de la cavité utérine.

- Révision utérine

Elle a pour but de vérifier que la cavité utérine est intacte et vide de tout élément placentaire, de membrane ou de caillots sanguins.

Moyens manuels

- Massage de l'utérus

II s'agit de réaliser par voie externe, avec douceur et en continu, un massage manuel du fond utérin qui permet de stimuler la rétraction utérine.

- Compression de l'aorte abdominale

- **Moyens médicamenteux**

Ce sont des utéro toniques à type de Méthylergométrine (IM), l'ocytocine (syntocinon* en IV ou en intra mural),les analogues des prostaglandines E2 ou sulprostone (nalador*).

- **Chirurgicales (moyens lourds)**
  - L'hystérectomie d'hémostase

C'est une hystérectomie subtotale

  - Ligatures vasculaires

-Les deux artères hypogastriques : Il s'agit de réaliser un geste bilatéral de ligature des artères hypogastrique à leur naissance qui permet d'arrêter le flux utérin et de diminuer la pression veineuse.

-Les deux artères utérines : C'est la technique actuelle.

  - Radiologie

On réalise une embolisation sélective de l'artère utérine.

VIII/ Conclusion

La prévention des hémorragies de la délivrance est une attitude à avoir lors de tout accouchement.

Une surveillance attentive du mécanisme, le recueil soigneux de l'hémorragie, la prévention pharmacologique et la compensation rapide de l'hypovolémie sont les pièces maîtresses du dispositif permettant de juguler 95 % des hémorragies de la délivrance. La conduite à tenir se résume en vigilance, rigueur, protocole, coopération multidisciplinaire.